

Paliativni kirurški posegi pri napredovalih in neozdravljivih rakah

Ajra Šečerov in Albert Peter Fras

Uvod

Z razvojem paliativne oskrbe, ki je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije aktivna celostna oskrba bolnika, pri katerem bolezen ne odgovarja več na kurativno zdravljenje, so v njej našle svoje mesto kirurgija, radioterapija in kemoterapija. Pomembno je, kako izboljšajo simptomatiko, manj pa so pomembne pomanjkljivosti metode ali posega (1). Vsaka od teh metod lahko izboljša kakovost življenja. V onkologiji se je o tem začelo govoriti razmeroma pozno, šele leta 1976 (2). Predvsem kirurgija kot agresivna metoda zdravljenja ima danes natančno opredeljene indikacije, ki jih je treba skrbno pretehtati tudi pri neozdravljivem bolniku.

Paliativno kirurško zdravljenje lahko pomeni paliativno resekcijo primarnega tumorja, odstranitev metastaz v jetrih, pljučih in možganih, v nekaterih primerih tudi citoreduktivno kirurgijo, paliativne obvoje in nekatera nujna stanja (3). Nujno kirurško zdravljenje je znano tudi pri bolnikih z limfomi in levkemijami, saj je pri teh levkopeničnih bolnikih že manjša okužba (analna fisura, perirektalni absces, tiflitis) lahko vzrok za sepsa. S prikazom dveh bolnic z napredovalim ginekološkim rakom in rakom prebavil bi radi prikazali pomen paliativnih kirurških posegov, ki po eni strani zmanjšujejo možnost zapletov, kot je sepsa, po drugi strani pa izboljšajo kakovost življenja.

Prva bolnica

74-letna bolnica s potrjenim karcinomom zunanega spolovila je bila prvič sprejeta na Onkološki inštitut v avgustu 2000. Narejeni sta bili totalna vulvektomija in disekcija ingvinalnih bezgavk. Primarni tumor je bil izrezan v zdravo, ingvinalno so bile metastaze v 3 bezgavkah levo, desno pa v 1 bezgavki. Histopatološki izvid je pokazal, da gre na vseh mestih za ploščatocelični karcinom. Pooperativno je bila obsevana, vendar je bilo obsevanje prekinjeno zaradi toksičnih sopojev (diareja, radiodermatitis). V decembru 2004 smo ugotovili lokalno in regionalno ponovitev. Februarja 2005 je bila paliativno obsevana z intersticijsko brahiterapijo, najprej levo s 25 Gy in nato aprila 2005 desno s 40 Gy. Maja smo ugotavljali dober regres bolezni, junija pa je spet prišlo do lokalnega in regionalnega progressa bolezni, ki smo ga še dodatno zdravili z intersticijsko brahiterapijo. Septembra 2005 smo opazili radionekrozo na mestu implantacije, v januarju 2006 pa napredovanje radionekroze s posledično vezikovaginalno in rektalno fistulo. Zaradi razmeroma dobre splošne kondicije so prevladovala le težave zaradi nekontroliranega iztekanja urina in blata. Bolnici smo predlagali derivacijo urina in blata. Seznanjena je bila s posegom, vendar se zanj ni takoj odločila. Splošno stanje se je slabšalo in v februarju 2006 je umrla zaradi urosepse.

Druga bolnica

74-letna bolnica z rakom analnega kanala je bila prvič sprejeta na Onkološki inštitut v novembru 2004. Histopatološki

izvid je pokazal, da gre za ploščatocelični karcinom stadija T3N1-2M0. Zdravljenje je začela z radiokemoterapijo, ki jo je končala v maju 2005. Zaradi rezidualnega tumorja smo jo v avgustu 2005 zdravili še s kriokirurgijo. V oktobru 2005 smo ugotovili napredovanje procesa v analnem kanalu, proces smo potrdili s proktoskopijo. Razvila se je rekto-vezikovaginalna fistula. Predvidena je bila derivacija blata (anus praeter naturalis). Ker njeno splošno stanje ni dopuščalo kirurškega posega, se za derivacijo nismo odločili. Po 3 tednih se je 16. 11. 2005 razvila urosepsa in 21. 11. 2005 je bolnica umrla.

Razprava

Pozne posledice agresivnega zdravljenja malignomov v predelu male medenice (ginekološki raki, raki analnega kanala, raki mehurja) so pri neozdravljivi bolezni velikokrat kombinacija recidivne bolezni in posledic zdravljenja. Razvijejo se nekroze, ki se pogosto nadaljujejo v razvoj fistul, tako vezikovaginalnih kot rektovaginalnih ali kombinacije obeh. Splošno stanje je zlasti pri kombiniranih fistulah ogroženo zaradi razvoja sepse (urosepsa zaradi ascendentne okužbe).

Razvoj fistul navadno spremljajo hude subjektivne težave, saj je nega takih bolnic zahtevna. Zaradi nenehnega iztekanja urina in blata imajo hude bolečine, kar poleg ustreznega protibolečinskega zdravljenja zahteva še izredno zahtevno in pogosto nego. Med posege za izboljšanje kakovosti življenja v takih primerih spadata derivacija blata in urina.

Za derivacijo blata s prednaravnim anusom in sigmoidnem kolonu se odločimo, kadar ni več predvideno lokoregionalno zdravljenje, sicer je primernejša kolostoma na kolonu transverzumu, da ne ovira morebitnega dodatnega paliativnega zdravljenja (obsevanja). Poseg je kratek, kakovost življenja pa kljub bolezni bistveno boljša. Tudi nega je manj zahtevna. Enako je tudi pri vezikovaginalnih fistulah. Pri fistulah brez znakov lokalnega progressa se navadno odločamo za mokro Brickerjevo stomo, ker pričakujemo daljše preživetje. Pri še prisotni bolezni zadošča urostoma. Leta 2002 smo poročali o 12 bolnicah s stomo: 11 bolnic je bilo po zdravljenju raka materničnega vratu z obsevanjem, 1 bolnica pa je imela napredovali recidiv raka danke. Indikacije za urostomo so bile: lokalno napredovali rak materničnega vratu z vezikovaginalno fistulo, nekroza v mali medenici kot pozna posledica obsevanja in »salvage« operacije ter nekrotični radiocistitis. Kljub kirurškemu posegu (implatacija enega ureterja v drugega in izpeljava urostome) so bolnice ocenile, da je kakovost njihovega življenja boljša. Preživetje pri še prisotnem raku je bilo pri 7 bolnicah krajše kot 3 mesece, pri 4 bolnicah daljše kot 4 mesece (pri 1 bolnici s še prisotnim rakom 4 leta), 1 bolnica pa je umrla v pooperativnem obdobju (4).

Sklep

Napredovali lokoregionalni raki v predelu male medenice, pri katerih se razvijejo vezikovaginalne in rektovaginalne fistule

ali pa kombinacijo fistul, zahtevajo nujno paliativno kirurško zdravljenje. S tem se izognemo razvoju dodatnih zapletov, zlasti urosepsi, predvsem pa izboljšamo kakovost življenja. Je pa stvar presoje in odločitve vseh udeleženi pri paliativni oskrbi, koliko lahko glede na pričakovano trajanje življenja tak poseg izboljša kakovost življenja.

Viri

1. World Health Organisation: Technical Report Series – 804. Cancer Pain Relief and Paliative Care, p11. Geneva, World Health Organisation, 1990.
2. Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet* 1976; 1: 899–900.
3. Sigurdson ER, Ridge JA, Ginsberg RJ. Principles of Surgical Oncology. IN: Rbin Philip, Williams JP. *Clinical Oncology. A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students*. 8th ed. Saunders, New York 2001; 62–73.
4. Fras AP, Jakopin Bilban C. A simple technique for urinary diversion in poor risk patients with recurrent pelvic malignancies. 11th congress of the European Society of Surgical Oncology, Lille, France 2002. Abstracts (*Eur J Surg Oncol* 28: 3, 302–303, 2002).